

Bajo la Ley Estatal y Federal, hay ciertos tipos de información médica que el padre o tutor legal de un menor de edad de 12 a 17 años no puede ver sin la autorización del menor de edad. Debido a estos requisitos, un padre o tutor legal va a tener acceso limitado a la cuenta del menor de edad. Para obtener acceso total, ambos, el menor y el padre o tutor legal deben completar la forma de abajo. Este acceso expira una vez que el menor cumple 18 años a menos que el acceso sea revocado antes que eso por el menor. **Por favor escriba claro.**

Regrese todas las formas al: MyChart Ayuda Fax: 608-314-8722
1236 Barberry Dr.
Janesville, WI 53546 Contacto para Apoyo: 888-99MYCHART o 888-996-9242

Información del padre/representante legal:

Nombre del representante: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
(Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre)

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____

Email: _____ Número telefónico: _____

Relación con el paciente: Padre/Madre Tutor legal ** Poder notarial durable*
*Usted debe proporcionar copia de documentos legales que establecen que usted tiene derecho a esta información si no está ya en el historial

Acceso Solicitado: Limitado (alergias y vacunas únicamente, complete la información sobre el menor abajo, la firma del menor no se requiere)
 Completo (se requiere la firma del menor)

Al firmar abajo, yo reconozco que he leído y que comprendo esta forma y acepto sus términos (abajo). También certifico que soy el padre/madre o tutor legal del menor enlistado en esta forma y que toda la información que he proporcionado es correcta.

→ _____
Firma del Padre/Madre/Tutor legal Fecha (requerida)

Información del Menor:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
(Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre)

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____

Email: _____ Número telefónico: _____

Al firmar abajo, yo reconozco que he leído y que comprendo esta forma y acepto sus términos (abajo). Yo autorizo la divulgación de información comenzando el primer día de servicio hasta mi cumpleaños 18. Yo acepto que se permita acceso a mi padre, madre, o tutor legal, nombrado(a) arriba, a mi cuenta de Mercyhealth MyChart que contiene mi información médica actualmente disponible y que pueda volverse disponible como resultado de una atención médica en el futuro. Yo entiendo que puedo revocar este acceso en cualquier momento. Si yo no revoco el acceso, mi padre, madre, o tutor legal van a tener acceso hasta mi cumpleaños 18. Yo comprendo que los siguientes materiales pueden ser divulgados junto con mi otra información médica en mi historial médico: Información relacionada con mi salud conductual o mental, discapacidades de desarrollo, VIH/SIDA, diagnóstico y tratamiento para el desorden de abuso de drogas/alcohol, pruebas y consejería genéticas, abuso/asalto sexual, abuso infantil, enfermedades de transmisión sexual, embarazo y métodos anticonceptivos.

→ _____
Firma del Menor (para acceso completo únicamente) Fecha (requerido)

→ _____
Nombre del testigo Firma del testigo (cualquiera que no sea el padre/tutor legal) Fecha (requerido)

Términos y acuerdos de Mercyhealth MyChart

- ☒ Yo entiendo que *Mercy MyChart* tiene la intención de ser un recurso protegido en línea con información médica incluyendo una cantidad limitada de información obtenida de mi historial médico electrónico y puede incluir información de todas las instalaciones de Mercyhealth. No refleja todos los contenidos del historial médico.
- ☒ Yo entiendo que si yo comparto mi Nombre de usuario y Contraseña para *Mercyhealth MyChart* con otra persona, esa persona puede ver mi información e información médica de mi hijo(a) y de alguien que me haya autorizado como su representante.
- ☒ Yo acepto que es mi responsabilidad seleccionar una clave de acceso confidencial, mantener mi clave de acceso protegida de algún modo, y cambiar mi clave de acceso si yo creo que haya podido estar comprometida de algún modo.
- ☒ Yo entiendo que el ingreso a *Mercyhealth MyChart* es provisto como una comodidad para los pacientes y que Mercyhealth tiene el derecho a negar el ingreso en cualquier momento.
- ☒ Yo comprendo que lo que ingrese al historial se puede volver parte del historial médico legal de mi hijo(a).
- ☒ Yo entiendo que una vez que la información ha sido divulgada, puede ser potencialmente re-divulgada por el representante, y que la información divulgada puede no estar protegida por la protección federal a la privacidad.
- ☒ Yo entiendo que designar a un representante para *Mercy MyChart* es voluntario. Yo no estoy obligado a designar a un representante para *Mercy MyChart* y yo no estoy obligado a entregar esta autorización. Yo también entiendo que el Mercyhealth no va a condicionar mi tratamiento médico, pagos, registro o elegibilidad para beneficios en el hecho de que yo entregue o no esta autorización.
- ☒ Yo entiendo que mi revocación no va a afectar ninguna divulgación que se haya hecho antes de haber procesado la revocación.
- ☒ To entiendo que los términos y condiciones adicionales correspondientes a mi uso de *Mercyhealth MyChart* están publicadas en el sitio y acepto cualquier término y condición actual y futura publicada en el sitio de *Mercyhealth MyChart*.
- ☒ Yo entiendo que mi hijo(a) va a tener la opción de crear su propia cuenta de *Mercyhealth MyChart* una vez que el o ella alcance los 12 años. Si mi hijo(a) elige hacer esto, el o ella va a tener acceso total a su historial médico y el o ella va a tener la posibilidad de enviar mensajes privados a sus proveedores.